

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DETERIORO COGNITIVO Y ESTILO DE VIDA DEL ADULTO  
MAYOR DEL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE  
MIRAMAR – 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:** Bach. Elizabeth Renee Moncada Ramos  
Bach. Mariana Julisa Mogollón Rodríguez

**ASESORA:** Dra. Olga Gessy Rodríguez Aguilar

TRUJILLO – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DETERIORO COGNITIVO Y ESTILO DE VIDA DEL ADULTO  
MAYOR DEL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE  
MIRAMAR – 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:** Bach. Elizabeth Renee Moncada Ramos  
Bach. Mariana Julisa Mogollón Rodríguez

**ASESORA:** Dra. Olga Gessy Rodríguez Aguilar

TRUJILLO – PERÚ

2018

## DEDICATORIA

*A mis queridos padres: Elizabeth y René con mucho cariño y gratitud, quienes, con su amor, su ejemplo de superación, paciencia, sacrificio y apoyo incondicional hicieron posible la culminación de mi carrera profesional.*

*A mi amado hijo, Carles, por enseñarme el significado del verdadero amor, ser mi mayor fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.*

**Elizabeth**

## DEDICATORIA

*A mis queridos padres Pedro y Renee por apoyarme y siempre dándome lo mejor de ellos, por sus esfuerzos y sacrificios que han hecho por mí, para que este sueño hoy sea una realidad los quiero.*

*A mi amado hijo Nikolas, que es el motivo y la razón que me ha llevado a superarme día a día, para enseñarte con el ejemplo de seguir adelante a pesar de las adversidades. Te amo.*

**Mariana**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios quien nos dio la vida, nos llena de bendiciones en todo momento y con su infinito amor nos ha guiado para poder escoger esta noble profesión como es enfermería y la sabiduría suficiente para culminarla.*

*A nuestra querida asesora Dra. Olga Gessy Rodríguez Aguilar por comprometerse desde el inicio el desarrollo de este trabajo de investigación, por su paciencia, apoyo y consejos, alentándonos a ser mejores profesionales cada día.*

*A los adultos mayores del grupo “Corazones jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar, quienes muy amablemente nos brindaron su colaboración para la realización de la investigación.*

**Elizabeth y Mariana**

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- MATERIAL Y MÉTODO.....	18
III.- RESULTADOS.....	27
IV.- DISCUSIÓN.....	34
V.- CONCLUSIONES.....	37
VI.- RECOMENDACIONES.....	38
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

<b>Tabla N° 01:</b>	DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES	
	ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE	
	MIRAMAR. 2017.....	30
<b>Tabla N°02:</b>	ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS	
	EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR.	
	2017.....	32
<b>Tabla N°03:</b>	ESTILO DE VIDA SEGÚN DETERIORO COGNITIVO EN	
	ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL	
	WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR.	
	2017.....	34

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
.	
<b>Gráfico N°01:</b> DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017.....	31
<b>Gráfico N°02:</b> ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017.....	33
<b>Gráfico N°03:</b> ESTILO DE VIDA SEGÚN DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017.....	35



## RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional cuyo propósito fue determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor, se realizó durante los meses de Junio a Diciembre del 2017, en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar. El universo muestral estuvo constituido por 42 adultos mayores de ambos sexos, que pertenecen al grupo “Corazones jóvenes”. Para la recolección de la información se utilizaron dos cuestionarios; el primero para identificar el deterioro cognitivo y el segundo para determinar el estilo de vida. Nuestros resultados reportaron; respecto al deterioro cognitivo que el 35.7% de los adultos mayores entrevistados presentaron deterioro cognitivo moderado; el 40.5% leve y el 23.8% no evidenció deterioro; en cuanto al estilo de vida en adultos mayores se encontró que el 38.1% de los entrevistados presentaron estilo de vida saludable y el 61.9% estilo de vida no saludable, llegando a concluir que en aquellos que tuvieron estilo de vida no saludable, el 35.7% tuvo deterioro cognitivo moderado, en tanto que el 16.7% que tuvo estilo de vida saludable no evidenció deterioro cognitivo, resultando estadísticamente significativa la relación entre el deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor.

**Palabras Claves:** Deterioro cognitivo, estilo de vida, adulto mayor.

## **ABSTRACT**

This research explores the relationship between cognitive impairment and the lifestyle of the older adult. This research was done in Walter Cruz Vilca de Miramar hospital from June through December 2017. The sample consisted of 42 older adults of both sexes and were part of the "Young hearts" group. In order to collect data, there were two questionnaires given. The first questionnaire identified cognitive impairment and the second questionnaire determined the lifestyle. From the first questionnaire pertaining to cognitive impairment the results are the following: out of the 42 older adults questioned 35.7% presented a moderate level of cognitive impairment, 40.5% presented a low level of cognitive impairment, and 23.8% showed no evidence of any impairment. From the second questionnaire pertaining to lifestyle the results are the following: out of the 42 older adults questioned 38.1% presented a healthy lifestyle, and 61.9% presented an unhealthy lifestyle. From the data collected, it is determined that 35.7% out of the older adults that do not live a healthy lifestyle also have a moderate level of cognitive impairment. It is also determined that 16.7% out of the older adults that live a healthy lifestyle show no evidence of cognitive impairment. This results in a statistically significant relationship between cognitive impairment and the lifestyle of the older adult.

Keywords: Cognitive impairment, lifestyle, older adult.

## **I.- INTRODUCCIÓN**

Actualmente enfrentamos una serie de cambios que pueden afectar la salud en las personas, tal es el caso de la inversión de la pirámide poblacional en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que en el 2015 había ya 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad, 120 millones solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para el 2050, el 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (2).

En los países de ingresos bajos y medianos, dicha situación se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo por enfermedades infecciosas mientras que en los países de alto ingreso el aumento sostenido de la esperanza de vida obedece sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (3,4).

En el Perú estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revelan que el proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta considerablemente. Como ejemplo de ello en la década de los años cincuenta la población adulta mayor era de 5,7%, en el 2016 fue de

9.9%. En el cuarto trimestre del año 2016, el 37,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En el área rural 40,4% de hogares tienen algún miembro adulto mayor (5).

En el total de hogares del país, el 25,1% tiene como jefe de hogar a un adulto mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son conducidas por mujeres el 33,5% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 22,1% son adultos mayores. Esto resalta más en el área rural, donde el 46,9% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores (5).

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para la sociedad en su conjunto; además, las personas mayores apoyan a sus familias y comunidades, por ejemplo, en la crianza de las generaciones futuras e incluso en el propio sustento como lo evidencian los informes técnicos. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud (6).

Si las personas mayores pueden vivir años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, podrán vivir dignamente y saludablemente. En cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas (6).

De este modo, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Capacidad funcional, que se ve disminuida por el propio avance de los años y deterioro funcional propio del envejecimiento. Según las proyecciones realizadas el número de sujetos con deterioro cognitivo en Latinoamérica podría incrementarse hasta en un 120% y 393% en el 2020 y el 2040, respectivamente (6).

En nuestro país, no se han realizado estudios poblacionales de incidencia o prevalencia de deterioro cognitivo leve, sólo se cuenta con información acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor a partir de estudios que hallan frecuencias de deterioro cognitivo moderado y severo entre 20 y 28% en pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios. Ello evidencia la elevada frecuencia del deterioro cognitivo que se sobrepone a otras patologías en pacientes hospitalizados y que muchas veces es infravalorado tanto por familiares como por el personal de salud. Más aún, el estilo de vida de muchos adultos mayores se ve vulnerada más con algún declive en su deterioro cognitivo (8,9).

Las instituciones de salud están abocadas ampliamente a la atención de enfermedades, muchas de ellas crónicas no transmisibles, que pueden ser prevenidas, si se atendiera a la persona de manera integral y holística iniciando

por una evaluación del estilo de vida, ya que este influye de manera integral en su estado de salud. En tal sentido el Ministerio de Salud intenta mejorar dicha situación a nivel normativo, dado que desde el año 2003, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud enfocado por etapas de vida, formando parte de este, el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que en el nivel de atención primaria, está orientado a la prevención y promoción de la salud; sin embargo el desarrollo de este modelo es aún gradual, lo que mayormente perciben los adultos y la sociedad es la atención y cuidado hacia las enfermedades, más que a la persona (10).

Delimitar la etapa del adulto mayor es con cierta precisión difícil ya que está en juego la interrelación de lo físico, psíquico, lo social y espiritual en cada individuo, sin embargo, la mayoría de autores actualmente coinciden en determinar que el límite inferior de la definición de la vejez en el ciclo de la vida del hombre es de 60 años (10,11).

El envejecimiento es un proceso en el que existe pérdida progresiva del vigor y resistencia que se asocia al paso del tiempo, se constituye en un fenómeno universal, con gran variabilidad y altamente individual, pues cada persona envejece de modo diferente, no siguiendo un patrón establecido. En esta etapa de adultez mayor, se produce un conjunto de cambios o modificaciones morfológicas, fisiológicas y sociales, que aparecen paulatinamente como consecuencia del tiempo, evidenciándose de esta manera no sólo la disminución de la capacidad física, sino también el menoscabo medible y progresivo de la capacidad mental (11,12).

Por otro lado, esta etapa debe ser considerada como un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades, con tareas propias de desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico en las que se pueda disfrutar de bienestar y satisfacción, pero que está asociado a un proceso de pérdidas en todas las esferas que lo integran, que lo afectan y lo pueden conducir a estados de crisis (10).

El envejecimiento causa múltiples resultados de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco: Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida. Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, etc. El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (11,12).

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales (12).

Antes de conceptualizar el deterioro cognitivo, es necesario conocer que es función cognitiva. La Organización Mundial de la salud señala que, la cognición es aquella facultad que se relaciona con todos los procesos

mentales: pensar, hablar, imaginar, crear, tomar decisiones, etc. Todos tenemos esta capacidad, la cual la desarrollamos desde la infancia a base de estimulación, la que principalmente se da por el medio ambiente y el entorno, vale decir la familia y la sociedad en general. Pero a pesar de que parece ser una habilidad ilimitada y que se puede aprender infinitamente, no es del todo así (13,14).

En esta investigación presentamos las funciones cognitivas básicas y superiores necesarias para la sincronización del cerebro social. Estas funciones son definidas como el resultante funcional por la interacción entre la interconexión dinámica de distintas estructuras cerebrales, genéticamente determinadas, con el entorno. Alerta cortical: Sistema necesario modular del entorno. Atención: Es la red neuronal jerárquica fundamental para los procesos cognitivos. Percepción: Proceso cognitivo que modula la información externa procedente de los sistemas sensoriales. Memoria: Es la capacidad para retener lo visto o escuchado en el pasado. Motivación: Proceso dinámico interno intrínsecamente humano relacionado con el interés y la voluntad (15).

Regulación emocional: Capacidad para modificar o mantener una situación emocional concreta dependiendo de la capacidad previa para distinguir y diferenciar estados emocionales internos. Autoconsciente: Es el regreso a la conexión con el exterior, siendo el elemento clave del ser humano. Lenguaje interior: Forma básica del pensamiento sin palabras. Autocontrol: Capacidad para resistirse en realizar una acción. Sincronización: Las estructuras



neuronales que interconectan al unísono para mantener las actividades superiores que caracterizan el cerebro social (15).

El deterioro cognitivo, es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (15).

El deterioro cognitivo desde el punto de vista clínico es considerado como un síndrome caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros (15).

Habitualmente, la evaluación de un paciente del que se sospecha que tenga afectación cognitiva se realiza mediante pruebas de rastreo cognitivo, o test de cribado, que, en la medida de lo posible, estén poco influidas por factores de tipo sociocultural. La finalidad de estas pruebas es facilitar la detección de manifestaciones provocadas por la alteración de alguna función

superior mediante escalas de fácil y rápida aplicación (5-10 minutos) y corrección, y, por lo tanto, poder aplicarse como medio de cribado. Estos instrumentos pueden objetivar esta sospecha (20,21).

Instrumentos para determinar el deterioro cognitivo en lo referente a los test de rastreos generales, los niveles de sensibilidad y especificidad varían en función del test. Cabe destacar la notable variación de puntuaciones cuando se usa el MMSE en el cribado del DCL: los niveles de sensibilidad oscilan entre el 18-85,5%, y los de especificidad entre el 48-100%; mientras que en el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) es una prueba breve, +/- 10-15 min. Mide los 6 dominios cognitivos básicos, además de incluir una prueba de memoria más exigente que el MMSE, ya que exige recordar mayor cantidad de palabras (5 contra 3) con mayor tiempo de espera entre la repetición y la evocación (7).

Para la evaluación de Deterioro cognitivo, nos basamos en el test psicométrico: El Montreal Cognitive Assessment (MOCA) fue diseñado como un instrumento de escaneo rápido para alteraciones cognitivas leves. Mide 6 dominios cognitivos básicos; que consta, atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoestructurales, pensamiento conceptual, cálculo y orientación. El tiempo para administrar la MOCA es de aproximadamente 10 minutos. El puntaje máximo es de 30 puntos: un puntaje arriba de 26 o más es considerado normal (7).

Evidentemente, esta responsabilidad está directamente relacionada con patrones diversos que manifieste el adulto mayor con deterioro cognitivo en su estilo de vida. Donde éste influye considerablemente en su calidad de vida, reconociéndose así la forma como el ser humano vive desde etapas previas a su adultez mayor son decisorias para obtener la calidad de vida óptima para su desarrollo integral (6).

El estilo de vida es definido por la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de las interacciones entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas. Algunos estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que miden el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo (22).

Para Lalonde, M. (1996), el estilo de vida es la forma de vivir de la persona, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores físicos, sociales o laborales que dependen tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables. El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por tanto, alude a la forma personal en la que el hombre se realiza como ser social, en condiciones concretas y particulares (23).

El estilo de vida saludable, alude a los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar óptimo; de esta forma podemos elaborar un listado de estilo de vida favorables, que al asumirlos ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida; algunos de estos factores son: la práctica de ejercicio físico, tener una alimentación adecuada, evitar el consumo de alcohol y drogas, pues estas sustancias son una fuente de problemas sociales, laborales y de salud, dando lugar a las adicciones y diferentes clases de enfermedades, etc (24).

El estilo de vida no saludable, son los comportamientos, hábitos o conductas que adoptan las personas afectando su salud, así como el mejoramiento de su calidad de vida; siendo los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social; lo que genera complicaciones físicas y afecta a su integridad personal; entre estos tenemos el sedentarismo, malos hábitos alimentarios, la violencia intrafamiliar, estrés, el que conlleva a un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (24,25).

Para Nola J. Pender (2000), el estilo de vida es la percepción y acción autoemprendida por el individuo enmarcadas dentro de un patrón multidimensional que sirven para mantener o aumentar el nivel de bienestar, autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de estrés (26,27).

En esta investigación se trabajará con la definición de estilo de vida de Nola Pender por ajustarse más a la presente investigación.

Nola J. Pender, describió dos componentes del estilo de vida saludable: Un componente de conductas protectoras de la salud o conductas preventivas de enfermedad y un componente de conducta promotora de salud. Define los factores cognitivos-perceptuales como “mecanismos primarios de motivación” que tienen influencia directa en la determinación de las actividades de promoción de la salud (26,27).

El presente trabajo de investigación; se sustenta en base al Modelo de Promoción de la salud (MPS), de Nola Pender, el cual permite una valoración de los estilos de vida, pero basado en el estilo de vida promotor de salud de los individuos; que resulta útil para las enfermeras, en la asistencia tanto en el apoyo como en la educación al paciente (26,27).

Nola Pender, se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. En su planteamiento menciona características y experiencias individuales de las personas abarcando el concepto de conducta previa relacionada, hace referencia a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Así mismo, se ha considerado los siguientes indicadores de estilos de vida saludables: Nutrición, actividad y

ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización (26).

Dimensión Nutricional: Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta. Se considera que una alimentación es saludable cuando los alimentos consumidos proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo. Los nutrientes esenciales son: Proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales; también se considera al agua (27,28).

Dimensión Actividad y Ejercicio: Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que, al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades (27,39).

Dimensión Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las

emergencias o el estrés. El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control (27,39).

Dimensión responsabilidad en salud: La responsabilidad en salud del adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud (27,39).

Dimensión apoyo interpersonal: Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien, además estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantiene por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto. Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual se requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno (27,39).

Dimensión Autorrealización: se refiere a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen

mayor, alcanzando la superación y a la autorrealización a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto (27,39).

Nola Pender, involucra el estudio de patrones de estilo de vida y comportamientos específicos relacionados con la salud, teniendo como base la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta, con el fin de desarrollar recursos que mantengan o mejoren el bienestar del individuo (27,39).

De este modo, de acuerdo con Pender, para que un paciente adulto mayor con deterioro cognitivo, adopte un estilo de vida, es decir, adopte comportamientos que promuevan su salud, lo protejan, prevenga complicaciones y riesgos de enfermedad, debe: valorar su salud, estar consciente de que tiene la capacidad de influir en el estado de la misma de forma positiva, estar convencido de que puede asumir comportamientos saludables, tener una amplia e integral concepción de la salud, ser consciente de su estado actual de salud y de los beneficios y obstáculos que le traería consigo adoptar comportamientos saludables (26,27).

Al revisar la literatura se encuentran diversos estudios que se relacionan directamente con las variables en estudio, como el de: Benavides y Ramírez quienes en Ibarra - Ecuador realizaron un estudio sobre "Plan de intervención de enfermería en el deterioro cognitivo del adulto mayor de la Casa Hogar San José, encontrando que el 46,2% de los adultos mayores poseen deterioro



cognitivo grave, el 23.1% deterioro cognitivo leve y el 15.4% deterioro cognitivo moderado (29).

En relación al estilo de vida Rosales, García y Quiñones en Cuba en su estudio sobre Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor, encontraron que el 66,7% de adultos tuvieron estilos de vida no adecuados, por hábitos nocivos para la salud, tales como: el consumo de café, tabaco, ingestión de bebidas alcohólicas y sedentarismo (30).

En Chimbote, Trejo y Alatrística en su estudio denominado “Estilo de vida y el deterioro cognitivo en adulto mayor del Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Chimbote”, encontraron que el 76,2% los adultos mayores evidencio estilo de vida saludable, el 23,8% estilo de vida no saludable y en cuanto al deterioro cognitivo el 47,6% de los adultos mayores evidencio deterioro leve y el 42.9% no lo evidencio (31).

En Lima, Aguilar y Molina en su estudio sobre Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo; encontraron que el 54% de adultos tuvo estilo de vida saludable y el 46% estilo de vida no saludable. Al analizarlo por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica el 52% tuvo estilo de vida saludable y el 48% estilo de vida no saludable; en la dimensión social el 72% obtuvo un estilo saludable y el 28% estilo de vida no saludable; en la dimensión psicológica el 62% presento estilo de vida no saludable y el 38% estilo de vida saludable. (32).

El propósito de la presente investigación es contar con un marco referencial del deterioro cognitivo y estilo de vida del grupo de adultos mayores “Corazones jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar, información que será de utilidad para los profesionales de enfermería a fin de realizar las acciones necesarias en beneficio del adulto mayor.

Los resultados del presente estudio permitirán evidenciar el deterioro cognitivo y estilos de vida del adulto mayor, conocimiento que a su vez podría servir de insumo para mantener, mejorar o corregir la calidad del cuidado brindado a este tipo de pacientes.

Ante lo descrito en líneas anteriores nos hemos planteado la siguiente interrogante

**¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar?**

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar, 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.
- Determinar el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.
- Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.

## **HIPÓTESIS**

**H1:** Existe relación entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.

**H0:** No existe relación entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.

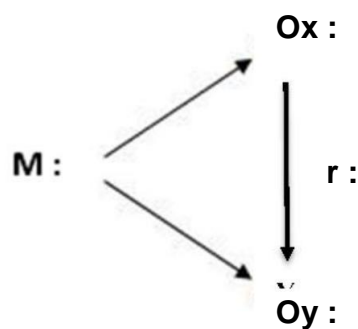
## II.- MATERIAL Y METODO

### 2.1. Diseño de investigación

#### 2.1.1. Diseño General

El tipo de estudio es descriptivo.

El diseño que se utilizará será:



**Dónde:**

**M:** Sujeto de estudio (El adulto mayor)

**Ox:** Observación o medición del deterioro cognitivo

**Oy:** Observación o medición del estilo de vida

**r :** Relación

#### 2.1.2. Diseño Específico

Correlacional debido a que se orientó a la determinación de relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra

de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados.

## **2.2. Población**

La población de estudio estuvo constituida por 42 adultos mayores del grupo “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar Departamento La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2017.

## **2.3. Muestra:**

La muestra estuvo constituida por el total de la población del grupo de adultos mayores “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 65 años del grupo “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar que sepan leer y escribir, que acepten participar en la investigación en forma voluntaria.

### **Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no deseen participar del estudio.

## **2.4. Unidad de Análisis**

Adultos mayores del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar.

## 2.5. Operacionalización de variables:

### VARIABLE INDEPENDIENTE

#### DETERIORO COGNITIVO

**Definición Conceptual:** El deterioro cognitivo es el déficit de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad que aqueja a un adulto mayor. El más común es la pérdida de memoria (41).

**Definición Operacional:** Esta variable se midió utilizando la escala nominal considerando tres niveles en función de los puntajes obtenidos después de aplicar el Test de Evaluación (MOCA) (36).

- No evidencia deterioro cognitivo : 22-30 puntos
- Deterioro cognitivo leve : 15-21 puntos
- Deterioro cognitivo Moderado : 0-14 puntos

### VARIABLE DEPENDIENTE:

#### ESTILO DE VIDA

**Definición conceptual:** El estilo de vida es la percepción y acción autoemprendida por el individuo enmarcadas dentro de un patrón multidimensional que sirven para mantener o aumentar el nivel de

bienestar, autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de estrés (26).

**Definición operacional:** Esta variable se midió utilizando la escala nominal considerando dos niveles en función de los puntajes obtenidos después de aplicar el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender (27).

- Estilo de vida saludable : 75 - 100 puntos
- Estilo de vida no saludable : 25 - 74 puntos

## **2.6. Instrumentos de recolección de datos.**

En la presente investigación se obtuvo la información a través de la aplicación de dos instrumentos, que fueron aplicados a la población en estudio el primero consistió en un test que permitió medir el nivel cognitivo y el segundo sirvió para determinar el estilo de vida.

El Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) Validado por Lozano y et. al en el año 2009; es una herramienta de tamizaje construido en el año 2004 por los Institutos de Investigación en Salud de Canadá y las Sociedades de la demencia tipo Alzheimer (DTA) del mismo país liderados por las universidades de McGill, Montreal, Sherbrooke, Concordia, y Universidad de California en los Ángeles (UCLA), dirigido a la detección de disfunciones cognoscitivas leves y síndromes demenciales. Esta herramienta evalúa; la

memoria que evalúa la posibilidad opcional de registrar, además del recuerdo libre y el recuerdo facilitado, Capacidad visuoespacial se evalúa con el test del reloj y la copia de un cubo, la función ejecutiva se evalúa con una tarea de alternancia gráfica, una de fluencia fonémica y dos ítems de abstracción verbal, atención/concentración/memoria de trabajo se evalúa mediante una tarea de atención sostenida, una serie de sustracciones y una de dígitos, lenguaje se valora con tres ítems de denominación por confrontación, repetición de dos frases complejas y la tarea de fluencia antes mencionada, orientación: se evalúa la orientación en tiempo y espacio. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos: Ver anexo N°1.

El segundo instrumento utilizado fue el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud, Elaborado por Walker, Sechrist y Pender y modificado Por: Diaz,R; Reyna, E; Delgado, R en el 2008; instrumento está hecho en base al Cuestionario de estilo de vida promotor de salud. El mismo que estuvo constituido por 25 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones, alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación: Nunca (N) = 1, a veces (V) = 2, frecuentemente (F) = 3, siempre (S) = 4. En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es N=4; V=3; F=2; S=1. Los puntajes obtenidos para la escala total resultan de la sumatoria de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera se procede en cada dimensión.



## **2.7. Procedimiento para la recolección de información y análisis estadístico de datos.**

Para la recolección de datos, se pidió autorización del director y la enfermera a cargo del grupo “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar a través de una solicitud.

La fuente que se utilizó para la recolección de datos es primaria, las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y la entrevista personalizada, se realizó los días jueves por la tarde posterior a las reuniones del grupo Corazones Jóvenes del Hospital Walter Cruz Vilca en el mes de diciembre. Se utilizó el ambiente de la sala de conferencias de dicho Hospital, se dio a conocer la finalidad y modalidad del trabajo a realizar y se solicitó de manera escrita, un consentimiento informado a cada adulto mayor para su participación voluntaria en el proyecto, asegurando a través de la misma confidencialidad y anonimato de la información, se repartió los instrumentos y las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa. Fueron cuatro sesiones, el tiempo que se utilizó en cada sesión fue en un promedio de 25 min, fueron agrupados de 10 y 11, esto permitió aclarar las dudas que surgieron al momento de completar los instrumentos.

Para poder obtener los resultados del deterioro cognitivo, se sumaron los puntajes obtenidos de los ítems del MOCA, correspondiendo 30 puntos al puntaje máximo y 0 al mínimo, de modo que se estableciera tres categorías:

No evidencia deterioro cognitivo 22-30 puntos, deterioro cognitivo leve 15-21 puntos, deterioro cognitivo Moderado 0-14 puntos.

Con lo referente a los resultados del estilo de vida, igualmente se sumaron los puntajes obtenidos de los 25 ítems del cuestionario de estilo de vida promotor de la salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender; correspondiendo 100 puntos al puntaje máximo y 25 al mínimo, de modo que se estableciera dos categorías: Estilo de vida saludable 75 - 100 puntos, estilo de vida no saludable 25 - 74 puntos.

Los datos obtenidos de los instrumentos de recolección, fueron procesados de manera automatizada con el soporte del paquete estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24.0; los resultados se ilustraron mediante tablas simples y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Así como en la presentación de gráficos se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios (CHI cuadrado). La significancia estadística fue considerada al 5% ( $p < 0.05$ ).

## **2.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:**

En el presente estudio se tuvo en cuenta las consideraciones éticas, con la finalidad de respetar los derechos humanos, los cuales fueron detallados:

Principio de Autonomía: Implica la “Capacidad de elección-libertad, respeto hacia la autodeterminación de las personas”, en el presente estudio de

investigación se respetará la decisión del adulto mayor, de aceptar o rechazar su participación en el mismo, para proteger la autonomía las personas en estudio que decidan participar voluntariamente, firmaran su consentimiento informado (Anexo N° 03). En todo momento se protegerá la privacidad de los informantes, así como su derecho a dejar de participar en la investigación en cualquier momento.

No maleficencia: Implica “No hacer daño”, durante la investigación no se les expondrá a experiencias desagradables que resulten daños graves o permanentes para la población en estudio y no habrá consecuencia desfavorable para las personas en caso de no aceptar participar en el estudio.

Principio de Beneficencia: “Actuar en beneficio del otro”. El presente estudio de investigación beneficiara al adulto mayor al identificar el nivel deterioro cognitivo como este se relaciona con el estilo de vida en la propia salud del personal de salud.

Principio de Justicia: Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia, con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todo adulto mayor que participen del estudio de investigación tendrá derecho de conocer los resultados del presente estudio.

Confidencialidad: La información personal o identificable acerca de la persona que participa, será recolectada con el entendimiento que no han sido revelados a otros sin un consentimiento.

## **III.- RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

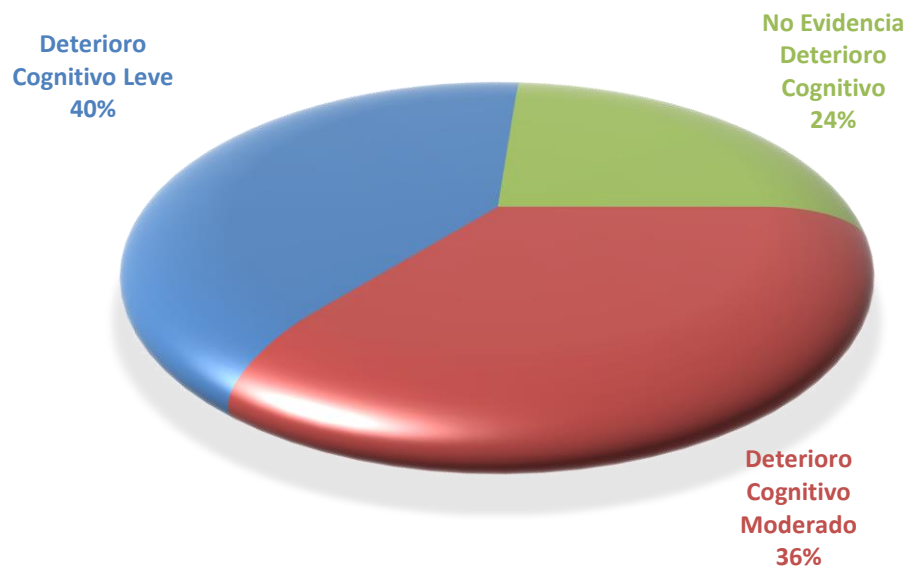
**DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017**

<b>Deterioro Cognitivo</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>
Deterioro Cognitivo Moderado	15	35.7
Deterioro Cognitivo Leve	17	40.5
No Evidencia Deterioro Cognitivo	10	23.8
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) validado por Lozano y et al (2009), aplicado a los adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017.

## GRÁFICO N° 01

### DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017



Fuente: Tabla N° 01

**TABLA N° 02**

**ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017**

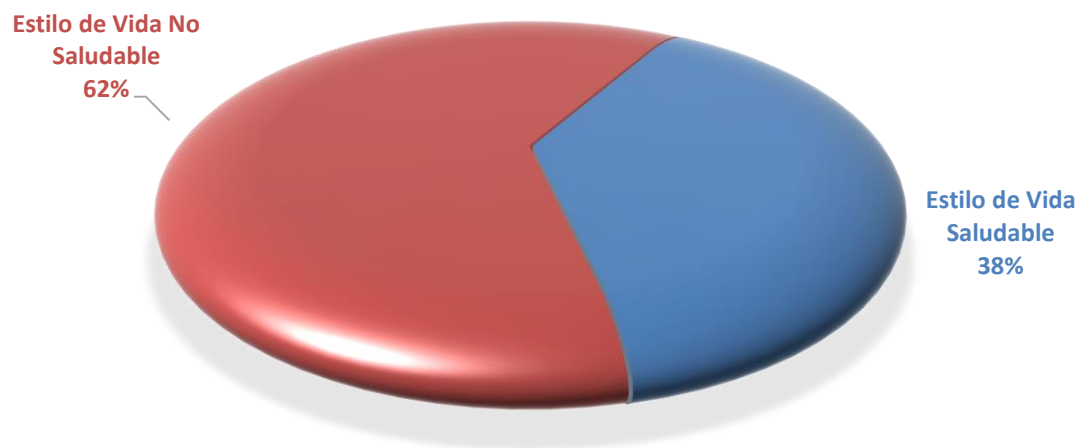
<b>Estilo de Vida</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Estilo de Vida Saludable	16	38.1
Estilo de Vida No Saludable	26	61.9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Escala de estilo de vida elaborado por: Walker, Sechrist y Pender, modificado por: Díaz, R; Reyna E; Delgado R. aplicado a los adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017.



## GRÁFICO N° 02

### ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE MIRAMAR. 2017



**Fuente:** Tabla N° 02

**TABLA N° 03**

**ESTILO DE VIDA SEGÚN DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE  
MIRAMAR. 2017**

Deterioro Cognitivo	Estilo de Vida				Total	%
	No Saludable		Saludable			
	ni	%	ni	%		
Moderado	15	35.7	0	0	15	35.70%
Leve	8	19	9	21.4	17	40.50%
No Evidencia	3	7.1	7	16.7	10	23.80%
Total	26	61.9	16	38.1	42	100.00%

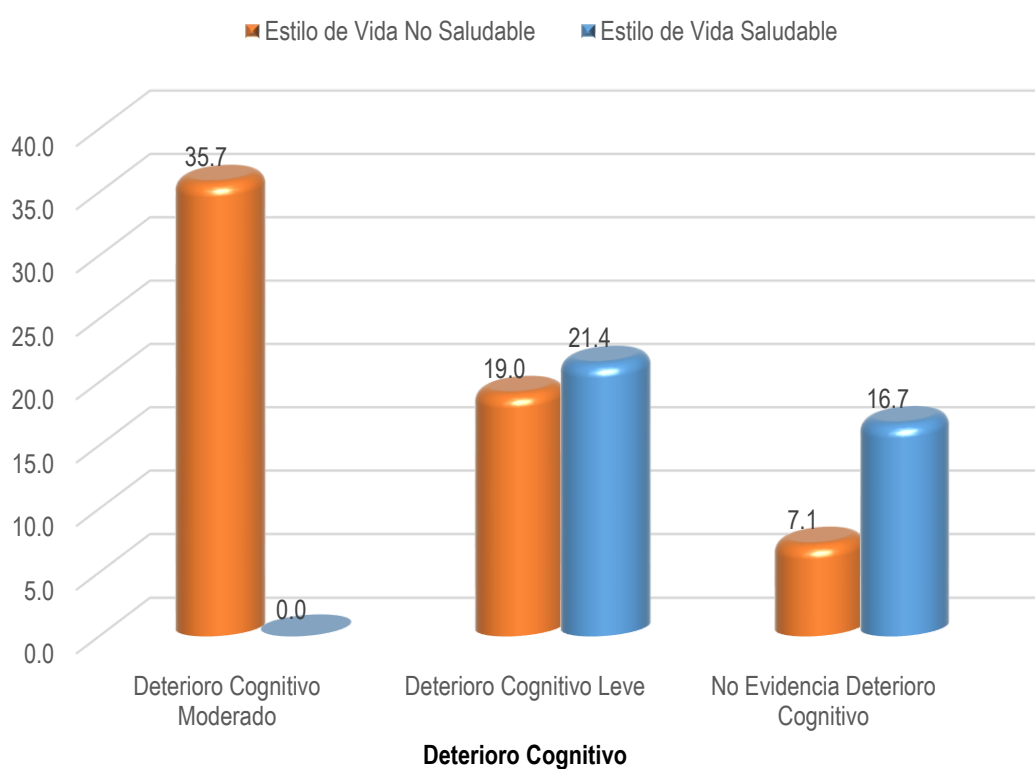
Fuente: Cuestionarios Aplicados a los adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017.

$X^2 = 15.136$

$P = 0.0005$

**GRÁFICO N°03**

**ESTILO DE VIDA SEGÚN DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA DE  
MIRAMAR. 2017**



**Fuente:** Tabla N° 03

#### IV.- DISCUSIÓN

**En la tabla N° 01**, se muestra que, respecto al deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar en el 2017. Se evidenció que el 40.5% de los adultos mayores entrevistados presentaron deterioro cognitivo leve; 35.7% moderado y 23.8% no evidenciaron deterioro cognitivo. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio realizado por Benavides y Ramírez quienes en Ibarra - Ecuador sobre “Plan de intervención de enfermería en el deterioro cognitivo del adulto mayor de la Casa Hogar San José, en el cual se reporta que el 23.1% tuvieron deterioro cognitivo leve y el 15.4% deterioro cognitivo moderado. De igual forma Trejo y Alatriza en su estudio denominado “Estilo de vida y el deterioro cognitivo en adulto mayor del Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Chimbote”, encontraron que el 47,6% de los adultos mayores evidenció deterioro leve y el 42.9% no lo evidenció (29,31).

El resultado encontrado en la presente investigación se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y el menor porcentaje no evidencia deterioro cognitivo; puede estar relacionado a que el deterioro cognitivo, es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (15).

**En la tabla N° 02**, respecto al estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar en el 2017. Se puede evidenciar que 61.9% de ellos presentaron estilo de vida no saludable y 38.1% estilo de vida saludable. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio realizado por Rosales, García y Quiñones en el 2014 en Cuba sobre Estilo de Vida y Autopercepción sobre Salud Mental en el Adulto Mayor, en el cual se reporta que 66,7% tuvieron estilos de vida no adecuados (30).

Por el contrario, difieren de Trejo y Alatrística en el 2016 en Chimbote sobre “Estilo de vida y el deterioro cognitivo en adulto mayor del centro del adulto mayor de EsSalud, Chimbote”, en él se reporta que 76,2% presentaron estilo de vida saludable y 23,8% estilo de vida no saludable. De igual forma, Aguilar y Molina en el 2013 en Lima realizaron un estudio sobre Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo; en el que se reporta que 54% presentaron estilo de vida saludable y 46% estilo de vida no saludable (31) (32).

El resultado encontrado en la presente investigación se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan estilo de vida no saludable y el menor porcentaje estilo de vida saludable; puede estar relacionado a que las personas no le toman importancia a su salud, llevan un estilo de vida no saludable que se torna perjudicial para su bienestar. Quizás también porque llevan una vida sedentaria y la alimentación no es adecuada, no son conscientes de los riesgos que pueden tener por practicar hábitos inadecuados para su salud; también puede deberse que no reciben apoyo de sus familiares, se automedican,

no se realizan chequeos médicos. Podemos decir que los adultos mayores por presentar estos hábitos inadecuados están en riesgo de contraer diversas enfermedades y problemas de salud.

**En la tabla N° 03**, se muestra la correlación existente entre el estilo de vida según deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar, 2017. Encontrándose que el 35.7% de adultos mayores que presentaron estilo de vida no saludable tienen deterioro cognitivo moderado. Así mismo, 21.4% que tienen estilo de vida saludable tienen deterioro cognitivo leve y 16.7% que tienen estilo de vida saludable no se evidencia deterioro cognitivo. Esta relación es corroborada mediante la prueba chi – cuadrado, con lo cual denota que existe relación significativa entre el deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor siendo el valor de p menor de 0.05 ( $P = 0.0005$ ), es decir es estadísticamente significativa.

Cabe resaltar que mientras el estilo de vida es saludable el deterioro cognitivo será menor, por lo que es favorable para este grupo etario, ya que este resultado probablemente se debe a que el adulto mayor depende de la homeostasis de sus funciones.

## **V.- CONCLUSIONES**

- El 40.5% de adultos mayores del grupo “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar presento deterioro cognitivo leve.
- El 61.9% de adultos mayores del grupo “Corazones Jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar presento estilo de vida no saludable.
- El deterioro cognitivo se relaciona significativamente con el estilo de vida del adulto mayor ( $P = 0.0005$ ).

## **VI.-RECOMENDACIONES**

- Informar los resultados de la investigación al equipo de salud encargado del grupo “Corazones jóvenes” del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar con el fin de implementar programas de intervención para promover estilo de vida saludable en el adulto mayor y así poder disminuir el deterioro cognitivo.
- Realizar otras investigaciones cuantitativas y/o cualitativas tomando en cuenta las variables estudiadas, pero en otras realidades que permitan un mayor conocimiento del deterioro cognitivo y estilo de vida percibido por el adulto mayor.
- Educar y concientizar a la población en todos los niveles de educación con la finalidad de que adquieran y practiquen estilos de vida saludable para que su calidad de vida sea óptima.



## VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan M. Prefacio. In Salud OMdl. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2015. p. 1-282 [citado 15 junio 2017] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud Estados Unidos: OMS; 2015.
3. Bloom D. 7 mil millones y contando. Ciencia. 2011 Jul; 29(333): p. 562-9. [citado 15 junio 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1209290> PMID: 21798935.
4. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J. Envejecimiento de las poblaciones: los retos que se avecinan. Lanceta. 2009 oct 3; 374(9696): p. 1196-208. [citado 15 junio 2017]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor Octubre – Diciembre. Informe técnico N<sup>a</sup> Marzo. Lima: Oficina Técnica de indicadores demográficos y sociales; 2017.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un reto. Nueva York, Londres: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013.
7. Pedraza O, Sánchez E, Plata S. Puntuaciones del MOCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2014 Enero; 30(1): p. 22-31

- [citado 30 julio 2017] Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482014000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000100006).
8. Custodio N, Herrera E, Lira D. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An Fac med*. 2012; 73(4): p. 321-30.
  9. Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Bol Soc Peru Med Inter*. 2004; 13(3): p. 143-150.
  10. Lisigurski M, Varela L, Ortiz P. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. *Rev Soc Per Med Inter*. 2002; 15: p. 39-45.
  11. MINDES. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Instituto Nacional de Bienestar Familiar; 2003.
  12. Long B, Phipps W. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico. España: 1998. Report No.: 3 Edición.
  13. Papalia D. Psicología del Desarrollo Humano. Colombia: 2002.
  14. OPS/OMS. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica. Washington: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2008.
  15. Valencia V, López-Alzate E, Tirado V. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol*. 2008 Mar; 48(8): p. 465-471 [citado 10 agosto 2017] Disponible en: <http://web.intercom.es/jorgemas/cognicion1.pdf>.

16. Paucar M. Deterioro cognitivo y su correlación en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús Ambato. [Tesis de Licenciatura de Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato, Escuela de Psicología, 2015.
17. Satorres E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción Vital. Universidad De Valencia: 2013.
18. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Revisión 4th edition (DSM-IV-R). Washington: 2002.
19. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Secretaria de Salud: 2012.
20. Wilson R, Schneider J. Angustia crónica y la incidencia de impairment cognitivos leves. NEUROLOGY. 2007; 68(1): p. 2085-2092.
21. Gómez N, Bonnin B, Gómez M, Yáñez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med. 2003; 42(1): p. 12-17.
22. OMS. "Las Condiciones de Salud en las Américas". Edición de 1994. Washington DC: Pág. 336-338
23. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. Publicación Científica. 1996: p. Publicación Científica.
24. Becoña E, Vázquez F Y Oblitas L. Promoción de los estilos de vida saludables. Bogotá. 2008. Acceso el 14 de enero de 2016. URL: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
25. Medellín, G. Crecimiento y desarrollo del ser humano. 1era ed. Colombia: Editora Guadalupe LTDA. 1995. p. 65

26. Aristizába L. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. Vol 8. Año 2011. p.48.
27. Walker N, Sechrist K y Pender N. Estilos de vida II. UNMC. 1995. p 8
28. Ibañez M. Orientación para la Promoción de Alimentación y Nutrición Saludable. 2012. Acceso el 5 de noviembre del 2016. URL: [www.inus.gob.pe/gxpsites/.aspx?21733%3BS%3B1%3B134](http://www.inus.gob.pe/gxpsites/.aspx?21733%3BS%3B1%3B134)
29. Benavides A, Ramírez J, “Plan de intervención de enfermería en el deterioro cognitivo del adulto mayor de la Casa Hogar San José”, tesis de licenciatura de Ibarra - Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, 2015.
30. Rosales R, García R, Quiñonez E. “Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor”. MEDISAN. 2014; 18(1): p. 61-67.
31. Trejo R, Alatriza M. Estilo de vida y el deterioro cognitivo en adulto mayor del centro del adulto mayor de EsSalud. [Tesis de Licenciatura] Chimbote: Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
32. Aguilar, Molina g. “Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, Lima – Perú, 2013”. Lima: 2013.
33. Chávez L, Núñez I, Díaz C, Poma J. Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en un Hospital Nacional de Chiclayo. Revista Médica de Risaralda. 2014; 20(1): p. 14-19.
34. Hernandez R, Zapata N, Mendoza C. Metodología de la investigación Mexico: Mc Graw Hill; 2013.

35. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagomez A. Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
36. Lozano M, Hernández M, Turro O, Pericot I, López-Pousa S, Vilalta J. Validación del Montréal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Real Invest Demenc.* 2009 May; 43(4): p. 4-11.
37. Iglesias Durán O. Lo psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. *Psicología y salud.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 145-55.
38. Valdizán JR. Bases neurobiológicas de las funciones cognitivas. Conferencia de clausura de la III Jornada Neurofisiológica del Hospital Ramón y Cajal. Abordaje multidisciplinar de los Trastornos Neuropsicológicos Infantiles. Madrid 24 Noviembre 2007
39. Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de Promoción de Salud*, WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.
40. Otiniano T, *Estilo de vida y Factores Biosocioculturales del Adulto.* Mercado Zonal Santa Rosa". [Tesis de Licenciatura de Trujillo]: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, 2011.
41. Inouye, S.K. y Ferrucci, L., 2006. Elucidating the pathophysiology of delirium and the interrelationship of delirium and dementia. *Journals of Gerontology, series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, pp. 1277-1280

42. Gómez J, Jurado M, Viana B, Da M, Hernández A. Estilos y calidad devida. [Revista digital en internet]. Buenos Aires, 2005 [Citado 2009Nov]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible desde URL:<http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>

# **VIII.-ANEXOS**

**ANEXO N°01**

**TEST DE EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MOCA)  
VALIDADO POR LOZANO Y ET AL (2009)**



# MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:

Nivel de

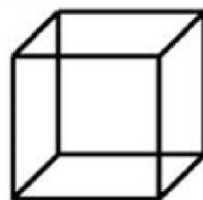
estudios:

Sexo:

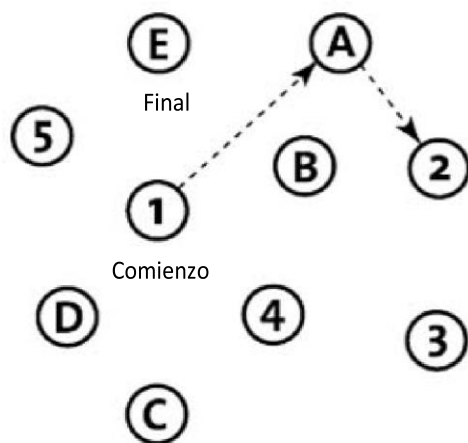
Fecha de nacimiento:

FECHA:

## VISUOESPACIAL / EJECUTIVA



Copiar el cubo



[ ]

[ ]

Dibujar un reloj (Once y diez )  
(3 puntos)

Puntos

[ ]

[ ]

[ ]

Contorno

Números

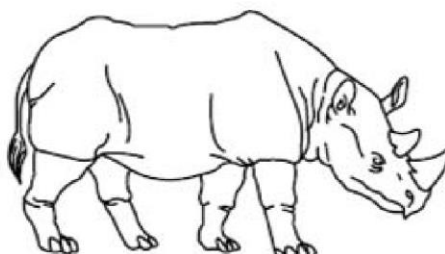
Agujas

\_\_\_/5

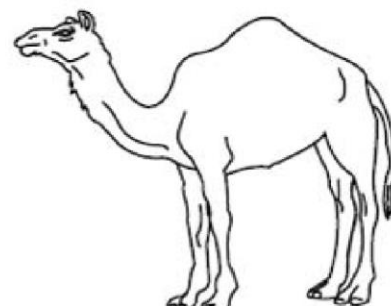
## IDENTIFICACIÓN



[ ]



[ ]



[ ]

\_\_\_/3

## MEMORIA

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.

ROSTRO

SEDA

IGLESIA

CLAVEL

ROJO

1er intento

2º intento

Sin puntos

## ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.)

El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4

El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2

\_\_\_/2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si  $\geq 2$  errores.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

\_\_\_/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100.

[ ] 93

[ ] 86

[ ] 79

[ ] 72

[ ] 65

4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.

\_\_\_/3

## LENGUAJE

Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.

[ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.

[ ]

\_\_\_/2

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.

[ ] \_\_\_\_\_ (N  $\geq 11$  palabras)

\_\_\_/1

## ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta

[ ]

tren-bicicleta

[ ]

reloj-regla

\_\_\_/2

## RECUERDO DIFERIDO

Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS

ROSTRO  
[ ]

SEDA  
[ ]

IGLESIA  
[ ]

CLAVEL  
[ ]

ROJO  
[ ]

Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente

\_\_\_/5

Optativo

Pista de categoría

Pista elección múltiple

## ORIENTACIÓN

[ ] Día del mes (fecha)

[ ]

Mes

[ ]

Año

[ ]

Día de la semana

[ ]

Lugar

[ ]

Localidad

\_\_\_/6

## ANEXO N° 02

### ESCALA DE ESTILO DE VIDA AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado por: Diaz, R; Reyna, E; Delgado, R (2008)

N° .	ÍTEMS	CRITERIOS			
	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	N	V	F	S
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.				
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día				
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.				
	<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>				
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.				
	<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>				
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				
	<b>APOYO INTERPERSONAL</b>				
13	Se relaciona con los demás.				
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.				
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.				
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
	<b>AUTORREALIZACION</b>				
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza				
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.				
	<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>				

20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.				
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.				
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.				
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.				
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas				

### **CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:**

NUNCA: N = 1; A VECES: V = 2; FRECUENTEMENTE: F = 3; SIEMPRE: S = 4

El ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario N= 4. V=3, F=2, S=1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos.



## ANEXO N°03

### VALIDEZ INTERNA DE LA ESCALA ESTILO DE VIDA

Para la validez de la Escala del Estilo de Vida, se aplicó la formula R de Pearson en cada uno de los ítems; obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

	R-Pearson
Items 1	0.35
Items 2	0.41
Items 3	0.44
Items 4	0.10
Items 5	0.56
Items 6	0.53
Items 7	0.54
Items 8	0.59
Items 9	0.35
Items 10	0.37
Items 11	0.40
Items 12	0.18
Items 13	0.19
Items 14	0.40
Items 15	0.44
Items 16	0.29
Items 17	0.43

Items 18	0.40
Items 19	0.20
Items 20	0.57
Items 21	0.54
Items 22	0.36
Items 23	0.51
Items 24	0.60
Items 25	0.04

**Si  $r > 0.20$  el instrumento es válido.**



## ANEXO N°04

### UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado (a) con DNI N°.....después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por las estudiantes en enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego, Mogollón Rodríguez, Mariana Julisa y Moncada Ramos Elizabeth Renee, asesoradas por la Dr. Enf. Rodríguez Aguilar Olga Gessy; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos, con el fin de contribuir a la investigación sobre **Deterioro cognitivo y el estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar, 2017**; el día y la hora que se acuerde, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente 20 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Además, recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y nuestra identidad en el anonimato.

Entiendo que: Los resultados de la información se me serán proporcionados si los solicito.

Trujillo.....de.....del 2017